

CAPÍTULO IV / ETAPA 3

# IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO SAFE CARE

*Ana Teixeira, Vanda Barandas, António Luís Carvalho e Cristina Barroso*

A implementação do Modelo SafeCare inicia-se com formação em Supervisão Clínica a todos os enfermeiros do contexto (enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisionados). Esta formação é desenvolvida pelo enfermeiro supervisor major contudo, pode ter a colaboração dos responsáveis pelo projeto SafeCare. A formação em supervisão clínica deve ser efetuada em pequenos grupos e em mais do que um momento, dando assim oportunidade à participação de todos os enfermeiros.

A formação em supervisão clínica visa desmistificar as ideias preconcebidas relacionados com a temática, nomeadamente esclarecer a diferença entre supervisão clínica e avaliação do desempenho e alertar para as questões que se colocam sobre a formação ao longo da vida dos profissionais de saúde. Tendo em conta os contextos atuais de mudança, nomeadamente o Regulamento de Certificação Individual de Competências da Ordem dos Enfermeiros numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade de cuidados, a adoção de um modelo de supervisão clínica parece-nos fazer todo o sentido. Para isso é fundamental a formação na área.

A formação tem como finalidade promover o desenvolvimento de competências e estratégias de intervenção no domínio da supervisão clínica em diferentes contextos profissionais, nomeadamente na supervisão de pares. Nesse sentido, a formação visa clarificar os conceitos que envolvem a supervisão clínica e compreender o papel desempenhado por cada um dos intervenientes no processo supervisão assim como, mostrar as vantagens que este pode trazer para o contexto de cuidados, quer a nível da integração de novos elementos quer a nível do acompanhamento e desenvolvimento profissional dos enfermeiros que integram a equipa.

A formação em supervisão clínica por nós fornecida tem como objetivos:

- ^ Desenvolver competências em supervisão clínica;
- ^ Desenvolver competências de comunicação, orientação e negociação;
- ^ Estimular o pensamento crítico/ reflexivo e ético;
- ^ Desenvolver capacidades de reflexão para, na e sobre a prática clínica;

^ Desenvolver capacidade de participação proactiva nos processos de mudança na prática de cuidados.

Nesse sentido, as temáticas abordadas tiveram em consideração: conceitos e história da supervisão clínica; modelos de supervisão clínica, com enfoque no Modelo SafeCare; relação supervisiva; aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional; processos de inovação, gestão de cuidados e liderança; e, qualidade de cuidados e segurança do cliente.

Após efetuada a formação em supervisão clínica segue-se a identificação dos enfermeiros supervisores clínicos e dos enfermeiros supervisionados. Esta fase é fundamental e deve ser efetuada em conjunto com o enfermeiro gestor do contexto. A equipa de enfermeiros também pode ser envolvida, pois é através do reconhecimento de todos que o enfermeiro supervisor clínico terá sucesso no desenvolvimento do seu papel. A adoção por um destes modelos vai depender do estilo de liderança desempenhado pelo enfermeiro gestor do contexto. Contudo, há que admitir que o sucesso do modelo também está relacionado com a forma como o enfermeiro supervisor clínico é eleito e aceite pelos pares.

A seleção do enfermeiro supervisor clínico obedece a um conjunto de critérios claramente definidos que devem ser explícitos ao grupo, nomeadamente:

- ^ Ser considerado um perito pelo grupo de pares;
- ^ Possuir formação em supervisão clínica, preferencialmente um curso pós-graduado;
- ^ Pertencer à instituição;
- ^ Ter horário completo;
- ^ Ter tempo de exercício profissional de, pelo menos, 4 anos;
- ^ Pertencer ao serviço há, pelo menos, 2 anos;
- ^ Ter experiência em processos formativos (orientação de estudantes nos diferentes ciclos de formação ou integração de

novos profissionais);

- ^ Ter espírito de autoformação e desenvolvimento;
- ^ Ser ponderado e assertivo;
- ^ Ter capacidade de resolução de problemas e tomar decisões esclarecidas e acertadas;
- ^ Ter capacidade de experimentar e inovar numa dialética entre a teoria e a prática;
- ^ Ter capacidade de fazer críticas e autocríticas, de modo construtivo;
- ^ Ter consciência de responsabilidade no processo de desenvolvimento contínuo da qualidade;
- ^ Ter capacidade de trabalho e atender à diversidade e características dos diversos elementos;
- ^ Ser capaz de estabelecer relações de confiança;
- ^ Ter disponibilidade.

As características do enfermeiro supervisor clínico são fundamentais para o sucesso da implementação de um modelo de supervisão, pelo que quem implementa o modelo deve ter em atenção o perfil do enfermeiro supervisor clínico. McKenna, Thom, Howarde e Williams (2010) apontam os seguintes obstáculos a ter em conta na implementação:

- ^ Disponibilidade e qualidade dos supervisores;
- ^ Falta de bases de dados que identifiquem os supervisores qualificados e disponíveis;
- ^ Supervisão irregular sem contratos formais ou política de supervisão;
- ^ Constrangimentos financeiros e dinâmicas de poder entre supervisores;
- ^ Supervisados que podem criar tensões na relação supervisiva.

Como forma de minimizar estes problemas, a maioria das vezes as instituições elegem como enfermeiro supervisor o responsável da equipa, decisão esta que acarreta várias discordâncias. Uma vez que o enfermeiro supervisor clínico deve auxiliar na

confiança de quem requer apoio nas práticas, não deve ser designado pela instituição, mas sim eleito pelos pares.

Bush (2005), citando Proctor, (1986), refere que a arte do supervisor reside em inspirar e facilitar a prática crítico-reflexiva no supervisionado. A atenção é dada às necessidades emocionais, por exemplo como o supervisionado tem sido afetado pelas experiências e como ele consegue lidar com essas experiências construtivamente (função restauradora), estimulando-o e motivando-o individualmente para que vença as suas expectativas pessoais, facultando o auxílio e orientações necessárias.

Simões, Alarcão e Costa (2008) destacam algumas das qualidades essenciais do enfermeiro supervisor como agente facilitador da aprendizagem e desenvolvimento de competências. A experiência, a formação na área, os conhecimentos e competências, a motivação para a implementação do processo supervisorio e o desenvolvimento profissional, a facilidade de relação interpessoal e a disponibilidade, constituem fatores determinantes no processo de desenvolvimento profissional. Abreu, Barroso, Segadães e Teixeira (2015) referem como lacuna a falta de um quadro conceptual de competências para o exercício de supervisor clínico. Cutcliffe, Sloan e Bashaw (2018), consideram importante a padronização deste conceito. Para os autores, a base para o desenvolvimento da competência de enfermeiro supervisor clínico permite a evolução da investigação sobre o impacto da SC na prática clínica dos enfermeiros e nos ganhos em saúde para os clientes.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), publicou recentemente, o Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica, definindo a figura do enfermeiro supervisor clínico (OE, 2018).

Para além da escolha do enfermeiro supervisor é importante o

estabelecimento de uma parceria com o enfermeiro gestor do contexto no sentido de acordar estratégias para minimizar as barreiras institucionais existentes. A literatura indica que o desenvolvimento, a implementação, a coordenação e a avaliação de programas de supervisão requerem uma parceria de gestão e liderança em enfermagem com responsabilidades conjuntas (McKenna, Thom, Howarde e Williams, 2010), no sentido da procura de abordagens entusiásticas, comprometidas e dinâmicas por parte dos gestores das instituições, importantes para garantir o sucesso na negociação de barreiras institucionais (Bush, 2005). Esta parceria é igualmente fundamental, no sentido de vincular a instituição na garantia das condições que permitam a sua implementação através da negociação de estratégias conjuntas para a gestão das barreiras institucionais de que são exemplos o agendamento das reuniões de supervisão no horário mensal da equipa e a disponibilidade de sala para as reuniões. Isto porque, alguns autores concluíram que os contextos que obtiveram melhores resultados ao nível da eficácia da implementação de um modelo de SCE foram aqueles onde as pessoas e a instituição foram ativamente envolvidas numa fase prévia (Buus, Lynch e Gonge, 2016).

Na fase inicial de implementação são também agendadas reuniões com o enfermeiro gestor institucional e o enfermeiro gestor do contexto onde são definidos e clarificados os requisitos necessários para a implementação do modelo (por ex. número de horas a alocar mensalmente para a SC). As barreiras institucionais encontram-se presentes no momento em que é iniciada a implementação, mas também durante o processo de implementação, requerendo flexibilidade e criatividade por parte do enfermeiro supervisor major e dos responsáveis pelo projeto SafeCare, de forma a dar resposta a novas barreiras que vão surgindo ao longo do processo (por ex. absentismo, greves, rotatividade de elementos com a saída e entrada de novos enfermeiros durante a implementação e que devem ser enquadrados

no processo de supervisão). Na mesma linha de pensamento, tendo em conta as limitações ligadas ao enfermeiro supervisor, ao enfermeiro supervisionado e à instituição que os integra, torna-se essencial que as práticas supervisivas sejam moldadas aos contextos e à própria cultura institucional, para o sucesso do processo de supervisão (McKenna, Thom, Howarde e Williams, 2010; Koivu, Saarinen e Hyrkäs, 2012). Consciente dessa necessidade, o Modelo SafeCare, contempla essa flexibilidade e adaptabilidade ao contexto, à cultura institucional e às necessidades do contexto.

Após a negociação com o enfermeiro gestor do contexto e da escolha dos enfermeiros supervisores clínicos, são constituídas as equipas de supervisão num rácio de 1 enfermeiro supervisor clínico para um conjunto que pode variar entre os 8 a 10 enfermeiros supervisionados formando, assim, as equipas de supervisão.

As responsabilidades enfermeiro supervisor clínico vão ao encontro dos requisitos que estiveram na base da sua seleção e resumem-se em:

- ^ Ser capaz de se autocriticar;
- ^ Fazer a apresentação ao seu grupo de supervisão;
- ^ Ser capaz de explorar áreas de intervenção e as expectativas dos supervisionados;
- ^ Deixar espaço para a individualidade de cada um, permitindo/encorajando a expressão de sentimentos ou de receios por parte dos supervisionados, solicitando-lhes que exponham questões pertinentes para serem discutidas nas sessões formais;
- ^ Proporcionar um ambiente de trabalho agradável, de abertura e favorável à partilha e expressão de sentimentos e experiências;
- ^ Dar feedback das suas observações;
- ^ Enfatizar as boas práticas;
- ^ Promover a reflexão crítica sobre a prática clínica;
- ^ Apoiar/aconselhar o supervisionado em momentos de dificuldade

de técnica, relacional ou emocional;

- ^ Incentivar uma prática baseada na evidência;
- ^ Estabelecer/Identificar os conteúdos formais de cada sessão;
- ^ Ser capaz de refletir e de analisar a evolução dos supervisionados;
- ^ Preparar as reuniões de supervisão;
- ^ Ser capaz de refletir e de analisar a sua própria evolução como supervisor clínico.

Complementarmente, as responsabilidades do enfermeiro supervisionado são:

- ^ Traçar/ Identificar/ Enumerar objetivos gerais e específicos para o período de supervisão;
- ^ Ser capaz de identificar áreas a melhorar e/ou problemáticas;
- ^ Dar a conhecer as suas expectativas da supervisão;
- ^ Aproveitar a supervisão como possibilidade de expressar e modificar comportamentos com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
- ^ Efetuar uma reflexão crítica da sua prática clínica;
- ^ Rentabilizar as reuniões de supervisão para ter aconselhamento, suporte e até mesmo resposta às questões que o inquietam;
- ^ Estar aberto e aceitar as sugestões apresentadas pelo supervisor e/ou grupo de pares, como forma de crescimento pessoal e profissional;
- ^ Tomar conhecimento do cronograma com a frequência das sessões formais de supervisão;
- ^ Ser capaz de refletir e de analisar a sua evolução.

De forma a iniciar a implementação com sucesso, torna-se crucial que, de acordo com as necessidades em SC identificadas previamente, as reuniões de supervisão clínica devam ser planeadas e calendarizadas. A calendarização deverá ser efetuada com a periodicidade de uma reunião mensal por equipa de supervisão, pelo enfermeiro gestor do contexto. O tempo dis-

pensado para a reunião de supervisão clínica, que em média dura cerca de 1.30h deve ser contabilizado dentro do número de horas de trabalho do enfermeiro. De igual forma a reunião deve ainda ser planeada pelo enfermeiro supervisor em conjunto com o enfermeiro supervisor major. Assim, poderemos ter como objetivo trabalhar um indicador de qualidade de cuidados em enfermagem (por ex. Risco de Queda, Autocuidado) ou outro assunto que a equipa considere relevante para a sua prática, como por exemplo, a gestão de conflitos ou aspetos institucionais que interfiram na qualidade e segurança dos cuidados.

Nos contextos onde foi já implementado o Modelo SafeCare constatámos que os aspetos institucionais são alvo de muita atenção e preocupação por parte dos enfermeiros e que carecem de um espaço próprio onde possam ser falados, espaço esse encontrado no momento da reunião. A função restaurativa do supervisor centra-se muitas vezes no suporte prestado ao grupo nesta temática que interfere diretamente com a satisfação profissional e risco de burnout. Robertson e Dowd (1996), citados por Gifford et al. (2004), fazem referência a como o ambiente institucional é influenciado pela alta rotatividade dos enfermeiros, onde os efeitos da desvinculação de um enfermeiro se refletem nos restantes, levando ao aumento da sobrecarga de trabalho e à perda de profissionais experientes, interferindo na qualidade, pela diminuição na satisfação no trabalho e aumento do burnout. Tais factos, potenciam o aumento do número de erros clínicos e o efeito negativo no cliente pode tornar-se mais caro, direta e indiretamente. Nesta situação em concreto a implementação da SC tem como interesse major, a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, assim como, a diminuição de stress e burnout, consequente satisfação profissional e diminuição de absentismo.

Por outro lado, a possibilidade de a equipa se reunir mensalmente num local próprio que não na prestação de cuidados nem

no momento da passagem de turno, permite que os elementos partilhem experiências, potencia a resolução de conflitos e promove a comunicação entre a equipa. Assim, é potenciada a coesão da equipa e a resolução de conflitos quotidianos. A investigação produzida ao longo dos últimos vinte anos tem vindo a demonstrar os ganhos que a SC apresenta ao nível de todos os intervenientes. Para os enfermeiros supervisionados estão descritos o aumento da satisfação profissional, desenvolvimento pessoal, onde a perceção de suporte é assumida como catalisadora do aumento da autoconfiança e redução dos níveis de stress. É ainda promotora do autoconhecimento e consciencialização dos papéis para uma melhoria da identidade profissional.

Ao nível das competências profissionais a SC permite ao enfermeiro, através da reflexão sobre a sua prática, clarificar o exercício da mesma, nomeadamente, sustentar a sua tomada de decisão num pensamento crítico reflexivo para uma prestação de cuidados com qualidade e segurança. Por outro lado, providencia suporte para a mudança e melhoria da prática.

Ao nível da equipa encontram-se documentadas melhorias na gestão de conflitos e consequente fortalecimento das relações entre os pares, com uma dinâmica e cultura direcionada para as necessidades do cliente e família (Berg e Hansson, 2000; Walsh et al., 2003).

Nas reuniões de supervisão iniciais é notório o desconforto e a in experiência por parte dos enfermeiros supervisionados em refletirem sobre a sua prática e partilharem experiências pessoais e profissionais perante o restante grupo, principalmente se o contexto não tiver um modelo de supervisão instituído. Nesta fase podem ser usadas estratégias que servem de “quebra gelo” e dinâmicas de grupo que promovam a aproximação dos elementos entre si. Uma das estratégias usadas foi a realização de uma análise SWOT da equipa e de como esta caracterizava cada

um dos seus elementos (aspectos positivos, contributos para a equipa, aspectos a melhorar), numa perspetiva construtiva. Esta dinâmica ajudou a promover o autoconhecimento, fortalecer as relações e o clima de partilha. A realização de reuniões de supervisão mensais é apenas uma forma de implementação do modelo que pode ser complementado com intervenção individual entre enfermeiro supervisor clínico e enfermeiro supervisionado, bem como por via não presencial (por ex. via online). Importa referir que a implementação deve ser sempre ajustada às necessidades do contexto e dos seus intervenientes.

Durante o percurso de implementação do Modelo SafeCare a equipa definiu indicadores de supervisão, nomeadamente, Competências de Prática Baseada em Evidências, Competências Emocionais, que visam o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, mas também outros como a Queda, Dor e Autocuidado centrados na qualidade dos cuidados. Para isso na avaliação e diagnóstico de situação foram utilizados instrumentos (escalas validadas) já existentes e outras foram criados pelo enfermeiro supervisor clínico major, nomeadamente, no que diz respeito à Queda, Dor, Autocuidado e Ferida Cirúrgica, permitindo a avaliação do registo efetuado em três momentos por elementos diferentes. Desta forma, este diagnóstico de situação permitiu ao enfermeiro supervisor clínico major refletir sobre as diferenças encontradas, como por exemplo, na avaliação do Risco de Queda efetuada por três elementos, em observações distintas no mesmo cliente.

Nas reuniões de supervisão são analisadas estas situações e encontradas estratégias para a melhoria dos cuidados, nomeadamente na avaliação do Risco de Queda, permitindo elaborar e implementar estratégias que tanto podem passar pela formação como pela elaboração de protocolos, potenciando a normalização da prática clínica e tomada de decisão sustentada em evidência. A equipa de supervisão pode dividir-se em subgru-

pos de trabalho, tendo o enfermeiro supervisor clínico um papel crucial em orientar e acompanhar a realização e apresentação destes trabalhos em reunião de supervisão, divulgação pela restante equipa do serviço e enfermeiro gestor do contexto.

No que toca às competências profissionais trabalhadas no modelo, como por exemplo a PBE, as estratégias passaram pela realização de formação em serviço sobre PBE e uma formação avançada para alguns elementos. Nestas formações podem estar presentes elementos externos à instituição e que sejam pertinentes na temática. Assim, as estratégias de supervisão a implementar são diversas e adaptadas ao contexto e à equipa. Tendo por base o modelo de Proctor, podemos delinear estratégias de supervisão cuja finalidade da estratégia é:

- ^ Função restaurativa: Suporte individual e/ou grupo; escuta ativa; catarse; mediação e resolução de conflitos; promoção da comunicação efetiva entre os intervenientes; implementação de estratégias para melhorar o clima organizacional;
- ^ Função normativa: Discussão de casos clínicos; clarificação de papéis entre a execução de tarefas do enfermeiro e do enfermeiro especialista (por ex. no contexto da saúde mental); a normalização da prática clínica através da elaboração de protocolos, procedimentos ou guias de boas práticas sustentados na evidência; reflexão na e sobre a prática;
- ^ Função formativa: Realização de formação que pode ser articulada com o departamento de formação da instituição sobre os indicadores de supervisão que estão a ser trabalhadas (por ex. Competências de Inteligência Emocional e de PBE). Esta componente formativa pode também estender-se aos enfermeiros gestores dos contextos (por ex. formação em IE para gestores).

A implementação da SCE pode ser vista como um elemento crítico no estabelecimento de uma prática segura e responsável, pelo que a sustentabilidade da supervisão exige um envolvi-

mento contínuo da instituição. A falta de uma política clara e de liderança no que diz respeito às orientações para a formação, treino, modelos e instrumentos de avaliação, revelam-se barreiras ao sucesso da sua implementação (Lynch, Happell, Sharrock e Cross, 2008).

Para finalizar, importa refletir sobre as barreiras existentes à implementação do Modelo SafeCare. De forma a garantir o sucesso na sua implementação, estas barreiras devem ser primeiramente avaliadas no contexto e ao longo do processo de implementação. As estratégias referidas anteriormente, aquando o início das reuniões de supervisão, pretenderam dar resposta a algumas dessas barreiras. Assim, Bush (2005), admite existirem fatores pessoais e institucionais como barreiras para a implementação da SC, onde as dificuldades pessoais se referem aos sentimentos vivenciados pelos indivíduos no processo de implementação, nomeadamente o medo de mudança, a falta de confiança, de conhecimentos, habilidades e competências. Por outro lado, as barreiras institucionais dizem respeito à necessidade de negociação e não imposição da SC pela instituição, bem como a presença de um contrato, tranquilizando a dúvida por parte dos enfermeiros supervisionados no que diz respeito à confidencialidade e à segurança, o apoio e envolvimento da instituição e a escolha dos enfermeiros supervisores. Da mesma forma, os autores Koivu, Saarinen e Hyrkäs (2011) sustentam esta divisão nas barreiras, expondo os conflitos profissionais e políticos, as questões da falta de tempo/recursos, os turnos rotativos/desgastantes como barreira institucional, e o medo de mudança, a falta de confiança e de conhecimentos baseados na evidência e competências, que irrefletidamente se integram na prática, bem como, o desconhecimento em relação à SC e crenças erróneas, como barreiras pessoais. Por outro lado, muitas vezes a dificuldade sentida pelos enfermeiros durante a implementação de um processo supervisão resulta da resistência à mudança. O processo de mudança pode desencadear respos-

tas como stress, dúvidas, impulsividade e desconforto. Assim, a forma como a SC é sugerida, apresentada, implementada e até mesmo avaliada, é basilar para a sua verdadeira eficiência. Entende-se assim, a sensibilidade reclamada ao envolvimento de todos os participantes, enfermeiro supervisor, enfermeiro supervisionado e instituição, em relação tripartida, por forma ao melhor desempenho de todos (Cruz, 2008).

Neste contexto, impulsiona-se a relevância da atitude, capacidade de gestão dos superiores em liderarem ou em se ajustarem a esta nova realidade, procurando a motivação por via da comunicação e do seu envolvimento na equipa. Por forma a avaliar a eficácia do modelo, este deverá ser implementado entre seis a doze meses e em que os enfermeiros supervisionados tenham experienciado, pelo menos 6 reuniões de supervisão (Winstanley e White, 2003). A frequência das reuniões/sessões nos contextos onde decorreu a implementação foi mensal com a duração entre uma hora e meia a duas horas.

Outro interveniente crucial no processo é o supervisor clínico major, tal como referido anteriormente, podendo ser do serviço ou externo e, preferencialmente, com formação em supervisão clínica. A sua função prende-se com o acompanhamento dos supervisores clínicos ao longo do processo de implementação. Estes momentos podem ficar calendarizados no início da implementação, sendo consensual a realização trimestral de uma reunião entre estes intervenientes ou sempre que se considere necessário.